Z chirurgii jamy brzusznéj.

Podał
Dr. J. Zielewicz,
lekarz dyrygujący oddziałem chirurgicznym w szpitalu Sióstr Miłosierdzia w Poznaniu.

Chirurgija jamy brzusznéj stoi na porządku dziennym dzisiejszéj techniki operacyjnéj. Mimo wyjątkowego zapatrywania Lawsona Taita i jego zdumiewających na tém polu rezultatów ogół chirurgów widzi w ścisłéj antyseptyce, jeżeli nie jedyny, to w każdym razie, jeden z najkardynalniejszych warunków powodzenia przy laparotomii. Dla tego téż nawet wartość poszczególnych środków antyseptycznych ocenioną bywa według tego, czy i o ile użyć się dadzą przy operacyjach w jamie brzusznéj. Tą drogą sublimat odniósł zwycięstwo nad kwasem karbolowym a sublimatowi znów świeżo wszedł w drogę trójchlorek jodu, tak gorąco przez Langenbucha (*Berl. klin. Wochenschrift*, 1887, Nr. 40) głównie z tego względu polecony, że przy laparotomii, mimo wybitnego działania przeciwgnilnego, najmniejszém choremu nie grozi niebezpieczeństwem.

Nie o to jednak chodzi, jakiemi się antyseptycznemi środkami pracuje, ale o to, czy się operuje aseptycznie, a aseptykę można, zdaniem mojém, osiągnąć bez użycia karbolu, sublimatu i całego legijonu coraz to nowszych i coraz

głośniéj zachwalanych środków przeciwgnilnych, byleby to, co się czystością nazywa, podniesioném było do ideału. Jak trudnym atoli do osiągnięcia jest ten ideał, wiadomo każdemu chirurgowi, pracującemu w większym zwłaszcza szpitalu publicznym, gdzie zakorzenione przesądy, fałszywe pojęcie o czystości i porządku (*Façadenreinlichkeit!*), brak odpowiedniéj inteligencyi u personalu pomocniczego, a przedewszystkiém kwestyja funduszów rozbijają w puch najgorliwszą pracę naszą nad aseptycznością każdego zakątka naszych oddziałów chirurgicznych, każdego przedmiotu z naszego otoczenia i każdéj, choćby najpodrzędniejszéj, osobistości, z nami się stykającéj. A warto doprawdy dążyć *per ardua ad astra*, choćby wśród walki, która się ostatecznie, jako w szlachetnym celu podjęta, zawsze naszém skończyć musi zwycięstwem.

Jednym z niezaprzeczonych wyników téj zaszczytnéj walki jest fakt, że laparotomija, dzięki antyseptyce, przestała być postrachem lekarzy i chorych, a chirurgowi otworzyła drogę do wielu zabiegów operacyjnych w jamie brzusznéj, uważanych dawniéj za niewykonalne lub za śmiałe wybryki chirurgicznéj przedsiębiorczości.

Wyniki tych zabiegów często jeszcze bywają ujemne, lecz w znacznéj mierze powodzenie zależy tu od doświadczenia, jakie sobie chirurg zdobył na tém właśnie polu, dotychczas stosunkowo mało uprawianém. Zresztą kazuistyczna rozmaitość tak tu jest wielką, że nigdy prawie jeden przypadek nie jest w zupełności równy drugiemu.

Powyższe względy skłaniają mnie do ogłoszenia niniejszych kilku zabiegów operacyjnych w jamie brzusznéj, wykonanych ostatniemi czasy z pomyślnym przeważnie wynikiem.

1. Wpochwienie jelit. Opadnięcie macicy. Laparotomija. Zejście śmiertelne.

Magdalena S., wyrobnica ze Śródki, lat 47 wieku, wynędzniała, cierpi od dawna opadnięcie macicy, które się ostatniemi czasy wzmogło. Przed tygodniem nieznaczne rozwolnienie, następnie zaparcie stolca i wymioty kałowe. Cie-

płota ledwie 37°C., tętno drobne. Brzuch wzdęty, powłoki brzuszne cienkie. Przez powłoki brzuszne nic nie można wymacać, zwykłe ujścia przepuklinowe wolne. Przy badaniu przez znacznie rozszerzoną kiszkę odchodową w narkozie wymacać można cały zwój kiszek w górnéj części téjże kiszki. Rozpoznawszy wpochwienie próbowano je cofnąć środkami mechanicznemi; całe przedramie mogłem wprowadzić, a wpochwienie zawsze za ręką wracało. Po bezskutecznéj również próbie redukcyi za pomocą wlewań wody w położeniu kolanowo-łokciowém, wykonano nazajutrz d. 9/8 laparotomiję. Jelito poprzeczne i część jelita czczego wgłobione w rozszerzone znacznie *S. romanum*. Zrosty tak już silne, że uwolnienie wgłobionego jelita z trudnością tylko i wśród znacznego krwotoku dało się uskutecznić. Mesenterium wgłobionego jelita obrzmiałe, a jelito samo w dwóch miejscach nieco brunatniejsze przedstawia centkowanie, zresztą w stanie dostatecznego na pozór odżywienia. Wyczyszczono jamę brzuszną 3% kwasem borowym i zamknięto jamę brzuszną szwem piętrowym jedwabnym. Opatrunek przeciwgnilny. Worek z lodem na brzuch. Wewnętrznie makowiec. Chora podniosła się szybko ze znacznego pooperacyjnego zapadu, w trzy godziny po operacyi oddała obfity stolec, a następnego dnia znaczną ilość gazów przez rurę gumową do kiszki odchodowéj głęboko wprowadzoną. Przebieg pooperacyjny bez reakcyi, bez najmniejszych objawów zapalenia otrzewny. Piątego dnia rozwolnienie i nieznaczna bolesność brzucha, siódmego dnia (15/8) zejście śmiertelne wśród objawów nagłego zapadu. Sekcyja: rana brzuszna sklejona we wszystkich swoich warstwach, *enteritis ulcerosa*, *perforatio coli*, *ascaris lumbricoides in cavo abdominis*.

W powyższym przypadku śmierć nie nastąpiła skutkiem zakażenia otrzewny, gdyż przebieg pooperacyjny był zupełnie aseptyczny, lecz skutkiem przedziurawienia jelita, które wśród operacyi nie dawało powodu do żadnéj z téj strony obawy, powikłanie zaś z owrzodzeniem jelita zapalném przyczyniło się swoją drogą do perforacyi. Niewątpliwie i sam zabieg operacyjny mógł błonę śluzową jelita do sprawy zapalnéj

usposobić, zrosty bowiem były już tak mocne, że do ich rozerwania potrzeba było użyć pewnéj siły, przyczém jednak ściany kiszek nie uległy uszkodzeniu. W takim zaś razie lepiéj jest ryzykować choćby nieco forsowniejsze wypochwienie, niż resekcyję całéj inwaginacyi, w razie zbyt szczelnych zrostów zalecaną.

Co się tyczy stosunku etyjologicznego pomiędzy inwaginacyją a opadnięciem macicy, objawy te współczesnością swoją niniejszemu przypadkowi nadają charakterystyczną cechę. Nie wiadomo mi, czy stosunek ten już kiedy zauważono, atoli *a priori* nie da się zaprzeczyć, że znaczne opadnięcie macicy może się przyczynić do inwaginacyi. Toć wiadomo, że przy wzmiankowaném cierpieniu macicy nietylko więzadła jéj właściwe tak są zluźnione, że narząd sam na 3—6 centymetrów ponad jego prawidłową wysokość da się wysunąć, ale i otrzewna takiéj niekiedy ulega dyslokacyi, że, jak np. w przypadku Franquego, osobna z niéj tworzy się jama. Otrzewna oddziaływa na krezki (mesenterium) a tym sposobem górne części jelit parte ku dołowi, szukając dla siebie pomieszczenia, dostają się do *S romanum*, którego światło w naszym przypadku znacznie powiększone przedstawiało rozmiary.

2. Otok pęcherza żółciowego. Cholecystotomija z podwiązaniem przewodu żółciowego. Wyzdrowienie.

Maryjanna R., lat 47 z Poznania, matka kilkorga dzieci. Stan odżywienia lichy, barwa skóry żółtawa. Chora skarży się na dokuczliwe bóle w okolicy wątroby i w krzyżu, za poradą Dra Holtzera szuka pomocy w szpitalu i zgadza się na operacyję. Na szerokość trzech palców poniżej wątroby czuć w jamie brzusznéj guz wielkości małéj pięści, o napięciu elastyczném, z miejsca swego prawie nieporuszalny, z otrzewną niezrośnięty. Rozpoznano rozstrzeń worka żółciowego, a za pomocą punkcyi cienką igiełką Pravaza stwierdzono, że zawartość jego składa się z cieczy ropiastéj, koloru żółtawego, kwasów żółciowych niezawierającéj.

Dnia 22/9 b. r. wykonano laparotomiję. Cięcie skórne równolegle do linii białéj ponad obrzękiem. Po przecięciu otrzewny wsuwa się w ranę sieć, z którą pęcherz jest zrośnięty, lecz zrosty łatwo dają się oddzielić. Obrzęk atoli sam tak ściśle zespojony z dolną tylną powierzchnią wątroby, że o wydobyciu go z jamy brzusznéj w całości z powodu zupełnego braku trzonu i znacznego krwotoku przy rozdzielaniu zrostu ani mowy nie było. Podprowadziwszy tedy za pomocą igły Dechampsa nitkę podwójną pod przewód żółciowy, takowy w dwóch miejscach podwiązałem i mostek pomiędzy nitkami przeciąłem, przyczém skutkiem nacięcia miąższu wątroby powstał znaczny krwotok, zatamowany częścią przez okłucie, częścią za pomocą tamponady gazą jodoformową lepką. Następnie uruchomiwszy sobie nieco tym sposobem pęcherz żółciowy, wszyłem go w ranę brzuszną, przeciąłem i zawartość na zewnątrz wypuściłem, przyczém pokazał się kamyczek żółciowy wielkości orzecha włoskiego o powierzchni chropowatéj. Opatrunek przeciwgnilny. Operacyja trwała przeszło godzinę. Z powodu znacznego zapadu wstrzyknięto podskórnie 3 strzykawki eteru na stole operacyjnym i chorą do ogrzanego łóżka odniesiono. Z powodu słabéj czynności serca przez całe popołudnie i dzień następny stósowano podskórne wstrzykiwania chlorku sodu (0,6%) w odstępach 3 godzinnych po 6 strzykawek Pravaza. Tętno się podnosiło zwolna lecz stale, ciepłota wróciła do stanu prawidłowego, a chora cały przeciąg okresu pooperacyjnego przebyła bez odczynu zapalnego. Rana brzuszna zagoiła się przez rychłozrost tak, że pozostała tylko przetoka, przez którą wydzielała się mała ilość płynu śluzowego bez śladu żółci Gdy przetoka po wypaleniu jéj żegadłem zamknęła się prawie zupełnie, chora wolna od dawnych bólów zażądała wypuszczenia ze szpitala. Stolce w pierwszych dniach po operacyi odbarwione, późniéj w niczém się od prawidłowych nie różniły.

Żadna z praktykowanych po dziś dzień w tém cierpieniu metod operacyjnych nie może sobie rościć wyłącznego uprawnienia; stosownie do właściwości poszczególnego przypadku

chorobowego operator musi się zdecydować albo na nacięcie worka żółciowego albo też na doszczętne jego wycięcie.

W naszym przypadku zamierzone pierwotnie doszczętne wyłuszczenie (Langenbuch) uznaliśmy wśród operacyi za niemożliwe z powodu ścisłego zrostu pęcherza żółciowego z wątrobą. Wprawdzie krwotoki z powierzchownych warstw wątroby pochodzące do tamowania nie są zbyt trudne a Bardenheuer twierdzi nawet (*Der extraperitonelle Explorativschnitt*. Stuttgart, 1887, str. 199), że wątrobę całemi kawałami wycinać można bez obawy krwotoku [1]), wreszcie krew wynaczyniona do jamy brzusznéj, byle na gruncie aseptycznym, ulega całkowicie wessaniu i swoją drogą na korzyść chorego się obraca (autotransfuzyja); mimo to w takim jak nasz przypadku ekstyrpacyję uważamy za przeciwwskazaną choćby tylko z tego powodu, że się operacyja niepotrzebnie przedłuża i niebezpieczeństwo zapadu powiększa.

Aby jednak choréj oszczędzić niemiłego dodatku przetoki żółciowéj, dodałem do cholecystotomii podwiązanie przewodu żółciowego. Skutek dopisał, gdyż chora nasza od swoich dawnych boleści jest wolną, a pęcherz żółciowy przestał dla niéj istnieć; wydzielając przez pewien czas nieco wodnistéj śluzowatéj cieczy, wypełnił się ziarniną i, o ile wszyty był w ranę brzuszną, pokrył się blizną. Czy według téj metody już kto przedemną operował, nie jest mi wiadomo, w każdym razie rzecz warta dalszych doświadczeń.

Na przeszłorocznym kongresie chirurgów niemieckich sprawa metod operacyjnych w niniejszém cierpieniu dyskutowaną była dość obszernie i zgodzono się na to, aby kwestyję zaburzeń dla organizmu z danéj metody po pewnym czasie wyniknąć mogących postawić za lat kilka na porządku dziennym obrad kongresu. Że kwestyja w ten sposób postawiona może mieć swoją doniosłość, wykazało się np. przy całkowitéj ekstyrpacyi wola (*cachexia strumipriva)*, dla tego

---

[1]) Operacyja Langenbucha (*cf. Deutsche med. Wochenschrift*, 1887, str. 1025) tutaj nie należy. Krwotok zresztą i tu był tak groźny, że trzeba było jamę brzuszną powtórnie otworzyć.

i naszych chorych nie trzeba spuszczać z oka celem przekonania się, która z metod operacyjnych po upływie dłuższego czasu okaże się najkorzystniejszą.

3. Bąblowiec (*Echinococcus*) wątroby, niezwykłych rozmiarów. Przecięcie doraźne. Wyzdrowienie.

Maryjanna K., 30-letnia mężatka z Pleszewa, od 5 lat zamężna, córka rzeźnika. Rodziła 5 razy, lecz tylko ostatni płód donosiła, cztery poprzednie poroniła nieżywe. Ostatni połóg odbyła przed kwartałem, w tym czasie chorowała długo z gorączką. Wkrótce po zamężciu uczuła obrzmienie i ból w okolicy wątroby; jeden i drugi objaw wzmagał się z czasem i po ostatnim połogu zmusił chorą do szukania pomocy w operacyi.

Chora wynędzniała, o żółtéj cerze twarzy, brak łaknienia. Przy głębokiém oddychaniu ból w prawém podżebrzu i w okolicy dołka podsercowego. Górna część brzucha mocno w górę wysadzona: stłumienie wątroby sięga w linii pachowéj przedniéj prawie do *spina ant. sup.* a w linii mostkowéj aż do pępka, na lewo stłumienie wątroby zlewa się za stłumieniem śledziony. Dolny brzeg wątroby można dokładnie wymacać. Na przedniéj powierzchni wątroby pomiędzy liniją sutkową i lewą liniją mostkową widzi się okrągławe wypuklenie, odgraniczone wyraźnym rysunkiem od reszty otoczenia. Guz ten chełboczący porusza się wraz z ruchami oddechowemi i wątrobą. Punkcyja probiercza, w tém miejscu strzykawką Pravaza wykonana, wykazuje treść ropiastą, niezawierającą haczyków bąblowcowych. Ciepłota miernie podniesiona.

Rozpoznanie wahało się pomiędzy bąblowcem a ropniem przewlekłym wątroby. Dnia 27/8 b. r. w obecności kolegi Dra Preibisza, dawniejszego lekarza naszéj choréj, przystąpiliśmy do laparotomii. Cięcie na wysokości obrzęku od wyrostka mieczykowatego aż prawie do pępka. Obrzęk tuż pod otrzewną, blaszka otrzewny wątrobowa z blaszką ścienną zrośnięta. Zawartość jamy bąblowcowéj składała się z trzech blisko litrów płynu żółtawo-zielonkowatego, mnóstwa pęcherzy

wielkości gołębiego jaja, tudzież z ogromnego pęcherza macierzystego, który w wielu miejcach już był przedziurawiony. Po wyprzątnięciu treści można było dokładnie ręką zbadać cały obszar jamy; zajmowała ona całe prawe podżebrze, okolicę podsercową i podżebrze lewe, a w całości przedstawiała objętość głowy dorosłego człowieka. Po wypróżnieniu jamy wypłókano ją kilku litrami rozczynu sublimatu 1‰, a następnie wytamponowano o ile możności jak najszczelniéj gazą jodoformową. Na to przyłożono opatrunek przeciwgnilny uciskający. Ciepłota już tego samego wieczora prawidłowa. Przy pierwszéj zmianie opatrunku dnia 30/8 znaleziono w jamie nieco płynu krwią zabarwionego i wypłukano jeszcze kilka pęcherzy bąblowcowych. Jama wypełniała się bardzo wolno, tamponowano ją ciągle gazą jodoformową, przestrzykiwano sublimatem, od czasu do czasu eterem jodoformowym i 5-procentowym rozczynem azotanu srebra, celem przyspieszenia i podniecenia ziarniny. Chora terapiję tę znosiła bardzo dobrze, szybko wracała do sił i mimo, że jama bąblowcowa jeszcze nie była wypełniona, opuściła zakład dnia 11/10 spiesząc z powrotem do Pleszewa, gdzie kol. Dr. Likowski dalszém jéj zajął się leczeniem.

4. Rak trzustki *(pancreas)*. Laparotomija rozpoznawcza.

Teofila S., 33 letnia wyrobnica z prowincyi. Przed półtora rokiem choroba rozpoczęła się od bólu w okolicy żołądka, braku łaknienia i wymiotów, które, zwłaszcza po jedzeniu, często chorą trapiły. Przed sześciu miesiącami zaczął choréj obrzmiewać brzuch, równocześnie miesiączka prawie zupełnie ustała, a bóle żołądkowe jakoby się zmniejszyły. Od maja aż do téj pory dwa razy naszéj choréj odpuszczano puchlinę brzuszną. Stolec w tym czasie miał być prawidłowy.

Chora o cerze bladéj, nieco żółtawéj, całém wejrzeniem swojém zdradza okres zbliżającego się charłactwa. Płuca i serce zdrowe, język obłożony. Brzuch mocno powiększony, wypełniony płynem, objętość w wysokości pępka = 119cm.

Wymacywaniem nie można wykazać nic nieprawidłowego, żadnego w jamie brzusznéj obrzęku. Chełbotanie wyraźne. Wypuk przedstawia stłumienie z wypukłością ku górze, przy zmianie bocznego położenia stłumienie po stronie prawéj lędźwiowéj nieco się wyjaśnia, po stronie lewéj pozostaje niezmienione. Dolnego brzegu wątroby wymacać nie można. Punkcyja wykazuje płyn jasny, barwy żółtawo zielonkowatéj o ciężarze gatunkowym 1016, składający się z białka, niezawierający paralbuminy, ani mocznika (rozbiór Dra Citrona). Przy zmniejszoném przez punkcyję napięciu powłok brzusznych podjęte badanie trzew nie daje żadnego rezultatu.

Dnia 8/11 b. r. wykonano laparotomiję rozpoznawczą w obecności Dra Preibisza i Dra Święcickiego. *Ascites*. Otrzewna ścienna nieco nastrzykana; wypuściwszy surowicę i wprowadziwszy rękę do jamy brzusznéj, stwierdziłem bardzo nieznaczne powiększenie jajników; macica, zwoje kiszkowe i śledziona w stanie prawidłowym. Badając daléj jamę brzuszną doszedłem do trzustki, któréj głowa przedstawiała guz twardy o powierzchni nierównéj, zrośnięty z dwunastnicą, z żołądkiem i do tylnéj ściany brzusznéj mocno przyczepiony. Guz ten wielkości średniéj męskiéj pięści uznaliśmy za złośliwe zwyrodnienie *(sarcoma?)* trzustki, a ponieważ i dolny brzeg wątroby okazał się twardym przy obmacywaniu, przeto ze względu na szczelne zrosty trzustki z otoczeniem, a zwłaszcza ze względu na podejrzany stan wątroby od zabiegu operacyjnego odstąpiliśmy.

Cięcie w powłokach brzusznych zespoiło się pod jednym opatrunkiem, bez najmniejszéj reakcyi zapalnéj. Atoli już 8go dnia przy zdjęciu opatrunku zauważyliśmy, że jama brzuszna surowicą na nowo się wypełnia; gdy tedy chora odżywiła się nieco, uskuteczniliśmy punkcyję i chorą odesłaliśmy do domu.

Rak trzustki, bez względu na to czy pierwotny, czy przerzutowy, jest cierpieniem, które bardzo rzadko staje się przedmiotem nie już terapii, ale nawet dyjagnozy chirurgicznéj. Obrazu klinicznego cierpienia niniejszego prawie nie znamy, a guz w naszym przypadku był jeszcze zbyt mały,

aby mógł inne patognomoniczne wywołać objawy, jak ucisk na sąsiadujące z nim naczynia i w ślad za tymże idący wysięk do jamy brzusznéj. Rozpoznanie za pomocą laparotomii nie przyniosło choréj naszéj żadnéj szkody; pytanie zaś: czy Bardenheuerowski *doppelter Thürflügelschnitt*, mający nam bez uszkodzenia otrzewny umożebnić rozpoznanie w jamie brzusznéj, byłby nas w tym razie łatwiéj zbliżył do celu, musi zostać bez odpowiedzi dopóty, dopóki się z metodą kolońskiego chirurga lepiéj nie oswoimy.

5. Owaryjotomija z niezwykłém powikłaniem przebiegu pooperacyjnego. Wyzdrowienie.

Maryjanna J., 35 lat wieku, żona robotnika z Mielżyna. Odbyła 5 połogów, a obrzmienie brzucha spostrzegła przed rokiem. Stan odżywienia względnie dobry. Objętość brzucha = 108cm. na wysokości pępka. Wśród płynnéj zawartości torbiela wymacać można cztery guzy, poruszalne, każdy z nich przedstawia wielkość dwóch pięści.

Dnia 26/10 b. r. owaryjotomija. Zrosty nieznaczne. Podwiązanie trzonu lewego jajnika w trzech częściach jedwabiem. Po odniesieniu choréj do łóżka nagły zapad, ustępujący zwolna przy zastósowaniu odpowiednich środków.

Czwartego dnia po operacyi pokazała się regularność przy znacznéj zwyżce ciepłoty i zupełnie zadowalającym stanie ogólnym. D. 2/11 pierwsza zmiana opatrunku. Rana brzuszna zagojona przez rychłozrost. Następnego dnia przy podskoku ciepłoty wieczornéj do 39,4°C. chora skarży się na parcie na mocz i stolec i pełność w brzuchu. Po zdjęciu opatrunku badaniem przez pochwę i kiszkę odchodową stwierdzono wysięk okołomaciczny. Wysięk wypuklił z jednéj strony tylną ścianę pochwy a z drugiéj kiszkę odchodową w kształcie podłużnéj elipsy, która światło tych kanałów w większéj części zamykała. Punkcyja, cienką igłą Pravaza na stole operacyjnym wykonana, przekonała nas jednak, że nie mamy do czynienia z wypociną ropiastą, jak

przypuszczać mieliśmy prawo, lecz z wynaczynieniem krwi (*Haematocele*) bardzo obfitém. Ponieważ zaś przez otwór igłą Pravaza zadany krew jednym strumieniem tryskać poczęła, w obawie więc dalszego krwotoku, w obec wysokiego ciśnienia, pod jakiém stała krew wynaczyniona, uważaliśmy za odpowiednie wynaczynionkę pozostawić jeszcze przez pewien czas w spokoju. Po upływie dwóch dni, gdy ciepłota doszła wieczorem dnia poprzedzającego do 40°C., zdecydowaliśmy się na przecięcie wysięku od strony pochwy. Cięcie w dolném sklepieniu pochwy na 6cm. długie. Wybroczyna tym razem już cuchnąca, gwałtownym wybuchła strumieniem w ilości więcéj niż litr. Wielką jamę wybroczynową wyirygowano 1‰ sublimatem, a następnie tak jamę jak i pochwę wytamponowano gazą jodoformową. Odtąd ciepłota spadała do stanu prawidłowego, defekacyja i moczenie odbywały się prawidłowo. Chora opuściła zakład dnia 28/11 b. r.

Pomijając kwestyję związku powyższéj komplikacyi z owaryjotomiją, stwierdzamy, że powikłanie to, jak z jednéj strony jest bardzo rzadkiém, tak z drugiéj strony może stać się niebezpieczném w okresie, w którym na taką niespodziankę ani chora ani my wcale nie jesteśmy przygotowani. Niebezpieczeństwo to polega na sposoczeniu wybroczyny. Terapija tu więc wahać się nie może. Niedawno jeszcze ginekologowie dyskutowali nad tém, czy w takim razie przeciąć i wypuścić wybroczynę, czy téż czekać perforacyi. Dla chirurga wątpliwość ta nie istnieje: obrzęk należy przeciąć cięciem dostatecznie szerokiém i jamę traktować chirurgicznie. Znakomicie tutaj przychodzi nam w pomoc gaza jodoformowa, jako materyjał nadający się wybornie do tamponady, bo i jamę odkaża i przeciw dalszym krwotokom ubezpiecza. Nie należy się jednak zbyt spieszyć z nacięciem, bo w razie wysokiego parcia ościennego, jak w naszym przypadku, łatwoby, mimo tamponady, do krwotoków następowych przyjść mogło. Wskazanie do pospiechu stanowi w takich razach nie tyle wysokość gorączki, ile raczéj zasób sił choréj i stan mięśnia sercowego.

Przy laparotomii kieruję się następującemi zasadami:

1. Desinfekcyja chorych przed operacyją za pomocą dwukrotnéj kąpieli ciepłéj i wyszczotkowania całego ciała mydłem z małym dodatkiem kw. karbolowego.

2. Laparotomije wykonywamy w salce, w któréj się nigdy nie operuje ani nie opatruje chorych z jakąkolwiek raną ropiejącą. W salce téj znajduje się tylko stół i szafka z narzędziami przeważnie tutaj tylko używanemi i mały piecyk żelazny. Ciepłota powietrza 14—15°R. Przed każdą laparotomiją wyciera się podłoga i ściany, a następnie zrasza je 1‰ rozczynem sublimatu.

3. Brzuch i części rodne przed operacyją szorujemy mydłem i ciepłym 3% rozczynem kwasu karbolowego, a w ciągu operacyi ogrzewamy ciepłemi mokremi kompresami.

4. Gąbki, wyłącznie do laparotomii przeznaczone, trzymamy w 3% rozczynie karbolu, a tuż przed operacyją kładziemy do ciepłego 3% rozczynu kw. borowego.

5. Cięcie brzuszne robimy jak najmniejsze, a rozszerzamy w miarę potrzeby.

6. Z toaletą jamy brzusznéj nie postępujemy sobie zbyt pedantycznie, jeżeli nie mamy do czynienia z płynami septycznemi.

7. Ścianę brzuszną spajamy szwem kuśnierskim piętrowym w ten sposób, że najgłębsze piętro stanowi otrzewna sama, drugie piętro pokład mięśniowy, a trzecie skóra. Do głębszych szwów używamy katgutu lub jedwabiu, do szwu skórnego tylko jedwabiu.

8. Opatrunek nasz po wszelkich rodzajach laparotomii jest zawsze ten sam. Bezpośrednio na szew nieco proszku jodoformowego, kilka pasków gazy jodoformowéj, następnie obfity pokład strzyżonéj gazy sublimatowéj, tudzież waty Brunsa na cały brzuch. To wszystko zawija się szczelnie szerokiemi opaskami gazowemi, maczanemi w kwasie karbolowym 3%. Opatrunek kończy się na udach, które służą do nadania całemu opatrunkowi większéj odporności przeciwko zesuwaniu się dolnéj jego części ku górze.

Osobne odbicie z „Przeglądu Lekarskiego“ 1887. Nr. 51 i 52.

Kraków, 1887. — Drukarnia Uniwersytetu Jagiell. pod zarządem A. M. Kosterkiewicza.